

Tradycyjnie w maju, po raz pierwszy w... Pałacu Kongresowym

Maciej Kośmider

Kongres *EuroPCR* 2001 odbył się tradycyjnie w maju w Paryżu, tym razem jednak po raz pierwszy w Pałacu Kongresowym. Prezentacje i wykłady prowadzono równolegle na czterech salach głównych i kilkunastu mniejszych. Organizatorzy postanowili utrzymać formułę łączącą zabiegi koronaroplastyczne z tzw. obwodowymi, co jest odzwierciedleniem tendencji współczesnej medycyny. W Stanach Zjednoczonych 30% wszystkich zabiegów endowaskularnych jest przeprowadzanych przez kardiologów. Sesje dotyczące zabiegów obwodowych koncentrowały się na trzech głównych grupach interwencji szj-

nych, nerkowych i biodrowo-udowych.

Wszystkie liczące się na rynku firmy zaprezentowały w Paryżu nową generację swoich stentów. Stało się już tradycją, że na kongresie paryskim możemy oglądać premierowe nowości. Nie umniejszając ewolucyjnego postępu technologicznego można stwierdzić, że dopiero zapowiadana nowa generacja stentów uwalniających leki przyniesie przełom w wynikach leczenia zabiegowego choroby wieńcowej.

Stenty uwalniające leki to przysłowiowe „dwa w jednym”: z jednej strony znane powszechnie mechaniczne działanie protezy, a z drugiej

— powolne, kontrolowane uwalnianie odpowiedniej ilości preparatu bezpośrednio do ściany patologicznie zmienionej tętnicy.

W trakcie badań klinicznych jest kilka leków: sirolimus, paklitaksel, aktynomycyna D i deksametazon.

Idealnym stentem będzie taki, który po kilku miesiącach sam się rozpuści, po uwolnieniu leku i wygojeniu się zmienionej zapalnie blaszki miażdżycowej. Istnieją jednak obawy co do odległych efektów stosowanych leków, czy zahamowanie neoendotelializacji nie spowoduje późniejszego zakrzepnięcia w stencie, czy nie wystąpią późne efekty tok-

sycznego działania na komórki ściany naczyń.

Wieloletnie, precyzyjne badania kompleksowego procesu restenozy umożliwiły zaprojektowanie obecnych modeli badawczych z odpowiednio dobranymi związkami chemicznymi.

Podstawowe proponowane cele działania leków uwalnianych ze stentów:

- przeciwzapalne — kortykosteroidy;
- zapobiegające migracji komórek (MHPI) — inhibitory metaloproteinaz i blokery receptorów integrynowych;
- antyproliferacyjne — terapia genowa, cytostatyki;
- przyspieszenie procesu gojenia — przywrócenie normalnej funkcji neoendotelium.

Wciąż gorąco diskutowanym problemem jest wybór leczenia zabiegowego w przypadkach kry-



tycznego zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej (tzw. niezabezpieczonego, czyli bez funkcjonujących pomostów chirurgicznych). Niewątpliwie jedną z większych serii zabiegów na pniu może się pochwalić dr Park z Seulu — 180 przypadków. Doświadczenie dr.

Parka wykazało dużą rolę towarzyszącej ateryktomii (*de-bulking*) i kontroli ultrasonograficznej.

Po zabiegu usunięcia blaszki restenoza wystąpiła u 10% pacjentów, a w grupie kontrolnej u 28% chorych. Natomiast uzyskanie w końcowym efekcie pola powierzchni przekroju poprzecznego pnia powyżej 12 mm² radykalnie ograniczyło nawroty zwężenia. Stąd wniosek, że najgorsze efekty odległe będą przy poszerzaniu wąskich pni, a najlepsze przy poszerzeniu szerokich.

Wracając do stentów uwalniających leki, istnieje wreszcie duża szansa całkowitego rozwiązania problemu restenozy. Pierwsze wyniki randomizowanych badań klinicznych będą ogłoszone w Sztokholmie we wrześniu 2001 roku.